

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

328^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice BREDIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé de Puériculture
Né à Saint-Victorien (Haute-Vienne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES COLOPATHIES A TRICHOCÉPHALES
ET A LAMBLIAS

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice BREDIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé de Puériculture
Né à Saint-Victurnien (Haute-Vienne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES COLOPATHIES A TRICHOCÉPHALES
ET A LAMBLIAS

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÈPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD. Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD. Parasitologie.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÈNÈQUE. Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale
 VELTER. Ophthalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHATLLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		LELORIER.....	
BRULE.....		LÉVY-SOLAL ...	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER ..			
MOCQUOT			
MOURE.....			
SCHAWRTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de
mon affection et de ma
gratitude.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique des maladies infectieuses
Médecin de l'Hôpital Claude Bernard
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Avec l'expression de mes
très respectueux senti-
ments.*

A MON MAITRE

MONSIEUR MARCEL BRULÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Tenon
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le
sujet de cette thèse et qui
a bien voulu m'aider de
ses précieux conseils.
Qu'il trouve ici l'expres-
sion de toute la recon-
naissance que je lui dois
et de ma profonde gra-
titude pour la bien-
veillance qu'il n'a cessé
de me témoigner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MON MAITRE

MONSIEUR JEAN HUTINEL (*in memoriam*)

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris

Avec toute ma reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

A MONSIEUR HILLEMAND

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu me communiquer ses observations.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE LIMOGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR VOUZELLE

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Chirurgien de l'Hôpital
Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec l'hommage de ma vive gratitude pour la bonté dont il a toujours fait preuve à mon égard, et pour l'amitié dont il a bien voulu m'honorer.

INTRODUCTION

Alors que dans la médecine de l'antiquité les parasites intestinaux jouaient un grand rôle dans l'étiologie des maladies de l'appareil digestif, ceux-ci semblent, pour la plupart des médecins, à l'heure actuelle, oubliés. Du temps des Germains et des Francs l'absinthe était un vermifuge réputé et souvent employé. Aujourd'hui, en dehors de la douve, de l'ankylostome duodénale inexistant dans nos pays, et de l'amœba dysenteriaë, qui devient de plus en plus rare à mesure que nous nous éloignons de la guerre, nombre d'auteurs dénie tout rôle pathogène aux autres parasites.

En juin 1933 notre maître, M. le Professeur agrégé Marcel BRULÉ, faisait une leçon sur le « Polymorphisme des Colopathies à Trichocéphales et à Lamblia », montrant quel pouvait être le rôle pathogène de ces parasites et quel devait être le traitement de ces parasitoses.

Il a bien voulu nous confier ce sujet comme matière de notre thèse et nous permettre d'y insérer les nombreuses observations que nous avons retrouvées dans les dossiers de sa consultation de l'hôpital Tenon.

Nous le prions de trouver ici l'assurance de notre respectueuse gratitude. Nous tenons aussi à remercier

M. HILLEMAND qui a bien voulu nous communiquer ses observations personnelles.

Mais au début de ce travail nous voudrions dégager une notion. Alors que les troubles intestinaux dus à la présence de lamblias sont depuis longtemps connus, le tableau clinique en ayant été tracé par de nombreux auteurs, au contraire les livres, les journaux médicaux restent presque muets lorsqu'on veut connaître la symptomatologie des colopathies à trichocéphales. Pour la première fois M. BRULÉ, dans son travail sur le « Polymorphisme des colopathies à Trichocéphales et à Lamblias », en trace la figure clinique.

Nous ne voulons pas décrire ici l'historique des colopathies à lamblias ; nous voudrions seulement rappeler qu'elles ont surtout été étudiées depuis la guerre : cependant dès 1913 FAIRISE et JACQUOT rapportaient une belle observation anatomo-clinique de colite ulcéreuse à lamblias, SAVIGNAC en 1918 publiait un cas d'appendicite à lamblias ; FANTHAM et PORTER en 1916, DESCHIENS en 1923, montraient expérimentalement la virulence des lamblias. Puis ce sont les noms de MOURIQUAND et DEGLOS (1917), GOIFFON et ROUX (1918), CARLES (1919), CADE et HOLLANDE (1919), DESCHIENS (1921), MAC-GILL (1922), HOLLANDER (1923), RERREN (1924), MORENAS (1925), M. LABBÉ et NEPVEUX (1925), LYON (1925), CASTEX et GALAN (1926), BOECK (1927), CARRIÈRE et HUREZ (1932) ; on trouvera la liste de leurs travaux à la fin de notre thèse.

CHAPITRE I

ROLE PATHOGÈNE DES TRICHOCÉPHALES ET DES LAMBLIAS

Description des parasites. — Le trichocéphale est un petit nématode ; il appartient donc aux helminthes. Il vit particulièrement dans le gros intestin. Il mesure 40 à 50 millimètres de longueur. Sa partie postérieure est renflée alors que la partie antérieure est effilée, en forêt.

Le lamblia ou giardia intestinalis est un flagellé, il appartient donc aux protozoaires. Il vit dans le gros intestin, le grêle, le duodénum et peut-être la vésicule. Il peut se présenter sous deux formes : une forme mobile, essentiellement fragile ; une forme immobile, résistante, ou kyste. Nous ne nous étendons pas ici, sur l'étude de sa morphologie et de sa recherche dans les selles. Georges TERRIAL y a consacré, en 1931, une excellente thèse à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Leur rôle pathogène. — Par contre nous voudrions discuter le rôle pathogène des trichocéphales et des lamblias. Peut-on, parce que des trichocéphales ou des lamblias ont été trouvés dans les selles d'un malade, en conclure que les troubles qu'il présente

sont en rapport avec ces parasites ? La fréquence de ces parasites intestinaux chez les sujets sains, suffit à prouver qu'il n'en est rien. POUBLAN et BIDEGARAY, ayant fait leur thèse sur le parasitisme intestinal, dans le laboratoire du Professeur BRUMPT, trouvent chez les sujets normaux dans 18 % des cas des œufs de trichocéphales et dans 8 à 10 % des cas des kystes de lamblas. Aussi de nombreux auteurs constatant la fréquence de ces parasites chez les sujets normaux, leur dénie tout rôle pathogène.

Or, ces chiffres obtenus chez des sujets normaux sont voisins de ceux rencontrés chez des sujets venant consulter pour des troubles intestinaux.

Voici différentes statistiques :

Noms des auteurs	Trichocephales		Lamblas	
	Malades	Sains	Malades	Sains
Lenoir et Deschiens....	20 %		9 %	
M. Labbé et Nepveu..				
Statistique d'hôpital ..	13 %		4,4 %	
» de clientèle.	10 %		5,3 %	
» de Vichy ..	21 %		6,7 %	
Zotta	55 %		1,47 %	
Mackie			8 %	8 %
Deschiens			5 %	1,47 %
Poublan et Bidegaray..		18 %		8 à 10 %

La statistique de DESCHIENS porte sur 300 selles de sujets sains et sur 300 selles de sujets malades,

alors que celle de MACKIE porte sur 22.000 selles de colitiques et 200 selles de sujets normaux, ce qui entraîne évidemment une cause d'erreur dans la statistique.

Faut-il conclure de ces faits que les trichocéphales et les lamblas n'ont aucun rôle pathogène ? Le Professeur Marcel LABBÉ a parfaitement répondu à cette question : « Ce serait manquer de sens critique que d'attribuer exclusivement aux parasites rencontrés dans les selles l'origine des affections du tube digestif. Aussi bien pourrait-on attribuer l'affection au coli-bacille qui ne manque jamais dans l'intestin. Mais il n'est pas exact non plus de dénier aux parasites intestinaux toute valeur pathogène parce qu'on les rencontre dans l'intestin des sujets sains ; la possibilité des infestations latentes par des parasites ne doit pas plus être niée que celle de l'infection latente par des bactéries. Parce que l'on peut isoler le streptocoque, le pneumocoque de la gorge de presque tous les sujets sains, parce qu'on peut rencontrer le bacille diphtérique dans la gorge de sujets bien portants, personne n'oserait soutenir cependant que le streptocoque, le pneumocoque, le bacille diphtérique sont incapables de provoquer des angines. De même qu'on peut trouver le bacille typhique dans l'intestin de sujets sains, de même on peut voir exceptionnellement le coli-bacille, hôte inoffensif de l'intestin en général, produire des infections urinaires, des infections intestinales et même des septicémies.

Si les infections bactériennes latentes sont admises, il serait illogique de nier les infections parasitaires latentes. Comme il y a des porteurs sains de germes bactériens, il y a des porteurs sains de parasites. Et cela n'empêche point que, dans certaines circonstances, des parasites puissent devenir l'origine d'une maladie aiguë ou chronique ».

La logique de cette opinion ne peut qu'entraîner la conviction. Marcel LABBÉ d'ailleurs l'illustre en affirmant que ce qui donne aux parasites un rôle pathogène c'est plus leur quantité, leur nombre, que leur qualité. Il est vrai que rien ne nous permet d'apprécier leur virulence. Nous verrons plus loin, aux méthodes de recherche, comment on peut approximativement connaître leur abondance.

Cependant ce facteur ne pourrait à lui seul expliquer la pathologie du parasitisme intestinal. Tel sujet a peu de parasites et il présente des symptômes intestinaux des plus nets, tel autre au contraire a des selles très chargées et il ne se plaint d'aucun symptôme intestinal.

La notion de tempérament nous a semblé jouer un rôle important. Les sujets nerveux, préoccupés, psychasthéniques, les femmes surtout, présentent des symptômes marqués pour une parasitose légère et seront particulièrement réfractaires au traitement chimiothérapique.

Peut-être aussi peut-on envisager que, à côté du tempérament nerveux de certains sujets, l'intestin présente des modifications d'ordre chimique, défi-

ciencia des glandes (foie, pancréas ou glandes muqueuses) permettant aux lamblías et aux trichocéphales de prendre une virulence particulière.

Mais surtout, avec M. BRULÉ, il faut insister sur l'épreuve thérapeutique ; celle-ci, en améliorant les symptômes subjectifs et objectifs du malade à mesure que les parasites disparaissent des selles, permettra d'affirmer le rôle pathogène de ces hôtes intestinaux.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS DE COLOPATHIES A TRICHOCÉPHALES

OBSERVATION I

(DE M. BRULÉ)

A..., 28 ans.

Consulte le 23 janvier 1928.

Il y a 7 ans, ce malade séjourna en Syrie et s'y porta très bien. A son retour, fièvre intermittente qu'il traita par la quinine. Puis apparut un syndrome diarrhéique. (7 à 8 selles par jour, dont une régulièrement au réveil). Selles tantôt pâteuses et liquides, tantôt constituées uniquement par des glaires.

Depuis un an et demi, tous les mois environ, il se plaint d'une crise douloureuse durant une journée. La douleur débute d'une façon brusque, à n'importe quel moment du jour, siège à l'épigastre et irradie dans l'hypochondre droit. Pas de vomissements. L'appétit est conservé. Pas d'amaigrissement.

Examen : A l'examen on note une sensibilité du côlon transverse et descendant.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Huile de chénopode.

OBSERVATION II

(DE M. BRULÉ)

A... Eugène, 41 ans. Est vu pour la première fois en 1928.

Depuis un mois, il se plaint de douleurs périombilicales irradiant à l'épigastre, à type de coliques survenant après le repas et s'accompagnant de ballonnement abdominal, mais surtout il a des crises de débâcles diarrhéiques. L'appétit est conservé.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Examen des selles : œufs de trichocéphales.

OBSERVATION III

(DE M. BRULÉ)

Mme G..., 41 ans.

Vient consulter en 1928.

Depuis l'âge de 17 ans, nombreuses crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et vomissements. Appendicectomie en 1910. Les douleurs reparaissent dans l'hypocondre gauche, exagérées au moment des règles. Hystérectomie en 1913, à la suite de laquelle la malade ne souffre plus jusqu'en décembre 1927. Depuis, nouvelles douleurs dans l'hypocondre droit. Diarrhée post-prandiale : 3 à 4 selles par jour. Appétit conservé, amaigrissement de 4 kilogrammes en 2 mois.

Examen : Sensibilité diffuse de tout le cadre colique.

Traitement : Carbonal et Salicairine.

Pendant l'année 1928 cette malade revient plusieurs fois.

L'état est le même. Toujours 3 selles par jour. Léger amaigrissement. Vomissements et nausées. A la fin de l'année des œufs de trichocéphales sont décelés et retrouvés plusieurs fois.

Traitement : Huile de chénopode.

En 1929, toujours 3 selles par jour, mais les trichocéphales ont disparu.

Recherche du sang dans les selles (26 septembre 1929) : Meyer faiblement positif. Weber négatif.

Léger amaigrissement.

En 1930, plus de trichocéphales.

OBSERVATION IV

(DE M. BRULÉ)

Dr..... 33 ans.

Vient consulter pour la première fois le 27 janvier 1930. Il souffre depuis la guerre d'une céphalée occipitale survenant tous les 8 jours, coïncidant avec du ballonnement de l'abdomen; pendant plusieurs mois il a présenté des crises diarrhéiques. Il consulte actuellement pour des douleurs dans l'hypochondre gauche.

Examen : A l'examen on constate que tout son côlon descendant est douloureux.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chrysémine, huile de chénopode.

En août 1930, présente toujours des œufs de trichocéphales dans les selles.

OBSERVATION V

(DE M. BRULÉ)

Mme L..., 24 ans. Vient consulter le 30 juin 1930.

Depuis 3 ans, cette malade vomit le matin au réveil : vomissements peu abondants, muqueux, parfois bilieux.

D'autre part, diarrhée : 6 à 7 selles par jour, liquides, jaunes, renfermant des membranes et des mucosités. Cette diarrhée est constante depuis 3 ans ; arrêtée seulement par le Gélotanin.

Perte de l'appétit depuis 2 mois. Amaigrissement de 19 kilogrammes.

Traitement : Stovarsol, Gélotanin, Gastrocaol.

Examen ultérieur : Œufs de Trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION VI

(DE M. BRULÉ)

Ba.... Consulte le 25 août 1930.

Depuis un voyage en Albanie, il y a 10 ans, il accuse des crises douloureuses épigastriques, apparaissant immédiatement après le repas, et durant de 15 à 20 jours, avec des intervalles plus ou moins longs. Pas de vomissements. Diarrhée chronique. Il y a un an, l'examen des selles a fait prescrire par son médecin de l'émétine. Un peu plus tard, appendicectomie. Mais la diarrhée persiste : 3 à 4 selles par jour, ne renferment pas de sang.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Kaolin, Chénanthol.

OBSERVATION VII

(DE M. BRULÉ)

M^{lle} La..., 57 ans.

Consulte le 30 octobre 1930.

Depuis 4 à 5 ans, date de sa ménopause, elle se plaint de coliques abdominales intenses, ayant leur maximum dans l'hypochondre droit, suivies de diarrhée : 7 à 8 selles

par jour, liquides, avec des glaires et surtout du sang. Ces symptômes durent au maximum 48 heures, puis cèdent complètement. Amaigrissement de 8 kilos. L'appétit est cependant conservé.

Examen des selles : montre des œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

Le 1^{er} décembre 1932, la malade, qui avait été soulagée pendant quelques mois, revient consulter pour des symptômes semblables.

OBSERVATION VIII

(DE M. BRULÉ)

M. R... Le malade consulte pour la première fois en 1930 parce que depuis l'âge de 7 ans il se plaint de diarrhées fréquentes s'accompagnant de douleurs abdominales violentes.

Examen des selles : Œufs de Trichocéphales très nombreux.

Traitement : Chenanthol.

Le malade revient en 1933 ; depuis 3 ans il va bien sans suivre de régime.

OBSERVATION IX

(DE M. BRULÉ)

M^{me} P..., 26 ans. En juillet 1931, cette femme vient consulter pour des troubles digestifs qui durent depuis 8 mois, douleurs siégeant au creux épigastrique, et accompagnées de sensations de pesanteur permanente. Au début, les vomissements calmaient la douleur. Cette malade est constipée avec crises de diarrhée intermittente. Elle n'a pas d'appétit et accuse un amaigrissement de 4 kilos en 2 mois. Elle est sujette aux maux de tête.

Examen : L'examen est complètement négatif.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chenanthol.

OBSERVATION X

(DE M. BRULÉ)

P..., 45 ans.

En juillet 1931 vient consulter parce que depuis 5 ans il présente des crises diarrhéiques fréquentes entre coupées de périodes de constipation opiniâtre. Ne présente jamais de réaction douloureuse abdominale. Depuis assez longtemps, ces troubles ont entraîné une altération notable de l'état général.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

OBSERVATION XI

(DE M. BRULÉ)

M^{me} L..., 57 ans. Consulte en juillet 1931, se plaint depuis dix ans d'un état nauséux persistant, avec sensibilité permanente de l'hypochondre droit et avec paroxysmes irradiant vers l'épaule droite, et ayant nécessité à plusieurs reprises une injection de morphine. Fréquemment vomissements bilieux, le matin au réveil. La malade présente des alternatives de diarrhée et de constipation. Elle a maigri notablement et présente une anorexie croissante.

Examen : Outre un souffle systolique d'aortite, on ne note qu'une augmentation de volume du foie.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales en faible quantité.

OBSERVATION XII

(DE M. BRULÉ)

M^{lle} L..., 27 ans.

Le 10 août 1931, la malade vient pour la première fois à la consultation.

Elle a ressenti il y a deux mois, vers deux heures du matin, une douleur brusque à l'hypochondre droit, irradiant à l'épaule et dans la région lombaire droite, et qui a duré une heure, accompagnée de sueurs profuses.

En même temps diarrhée : 3 selles très liquides, vert noirâtre.

Depuis, température vespérale autour de 38° à 38°8, et douleur diffuse dans l'hypochondre exagérée à la pression.

La constipation est habituelle.

Asthénie et perte d'appétit sans amaigrissement.

Céphalée.

Pollakiurie.

Cette malade a subi une appendicectomie il y a 4 ans.

Examen : A l'examen, stase intestinale droite avec crise colique plus que vésiculaire.

Le 19 janvier 1933, la malade revient pour des crises d'entérite qui durent depuis 6 mois, avec des douleurs violentes de coliques dans le côté droit. Elles surviennent tous les 3 ou 4 jours dans la matinée, et durent la journée entière avec des paroxysmes. Entre les crises 3 à 4 selles diarrhéiques par jour. Elle accuse également un point douloureux dans le flanc droit. Pas de fièvre. Appétit conservé. N'a pas maigri.

Examen : Rien à la vésicule.

Examen des selles : Rares œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénantol.

OBSERVATION XIII

(DE M. BRULÉ)

D..., 40 ans. Vient consulter le 13 août 1931, et se plaint constamment de douleurs dans la région ombilicale, irradiant jusqu'au pubis, existant depuis 10 ans. De plus, il a de la diarrhée: 2 à 3 selles par jour, très liquides, jaunâtres, ne contenant ni glaires, ni sang.

Examen des selles : Œufs de Trichocéphales.

Traitement : Chénanthol, Gardénal.

OBSERVATION XIV

(DE M. BRULÉ)

W... Albert, 32 ans.

Vient consulter le 7 janvier 1932. Présente depuis 7 ans des douleurs dans le creux épigastrique et l'hypochondre gauche, irradiant vers le sein et l'omoplate gauches. Douleurs à type de brûlures, survenant à n'importe quel moment de la journée, et actuellement d'une façon continue.

En août 1930 et 1931 a présenté une crise de diarrhée consistant en selles accompagnées régulièrement de sang et de pus, et alternant avec de la constipation. Il éprouve une exacerbation de tous ces symptômes depuis deux mois. L'appétit est normal. Le malade accuse un amaigrissement de 2 kilos. Il n'a jamais fait de température.

Examen : Ventre ballonné mais souple. Spasme du sigmoïde.

Examen des selles. Quelques œufs de trichocéphales.

OBSERVATION XV

(DE M. BRULÉ)

Go..., 27 ans, Consulte en février 1932 parce que depuis un mois il présente de la diarrhée ; en même temps il accuse de la fatigue et des douleurs abdominales à type colique.

Examen des selles. Quelques œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénantol, Gastrocaol.

7 avril 1932 : présente une selle liquide de temps à autre.

19 octobre 1932 : a été repris de diarrhée fin septembre.

Traitement : Chrysémine, Carbonal.

OBSERVATION XVI

(DE M. BRULÉ)

Ha... Robert, 24 ans. Vient consulter en mars 1932.

Il accuse depuis deux mois une diarrhée intense avec sang dans les selles au début. Depuis cette époque douleur abdominale diffuse, intermittente, le matin et l'après-midi. Diarrhée prandiale fréquente ; selles très liquides, mais ne renfermant plus de sang.

Signes généraux marqués : anorexie, asthénie, amaigrissement de 7 kilos en deux mois.

Examen. Spasme du côlon gauche.

Examen des selles. Œufs de trichocéphales.

OBSERVATION XVII

(DE M. BRULÉ)

L..., 31 ans.

Le 14 avril 1932 vient consulter pour des douleurs dans le flanc gauche apparues il y a un an, survenant vers 6 heures du soir et quelquefois au milieu de la nuit, avec des exacerbations paroxystiques. Une radiographie du tube digestif faite il y a 3 mois fit porter le diagnostic d'appendicite chronique avec entéro-côlite gauche.

Asthénie et amaigrissement de 5 kilos en un an.

Examen des selles : œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

Un peu plus tard le malade revient consulter. Il a été opéré d'appendicite. L'examen montre des spasmes et de l'aérocolie.

Examen des selles : le 13 décembre 1932, montre encore des trichocéphales.

Traitement : Bismuth, Bromure de sodium, Chénanthol.

OBSERVATION XVIII

(DE M. BRULÉ)

M^{me} Hu..., 29 ans. Le 28 avril 1932 vient consulter parce que depuis un an sont apparus des troubles digestifs : douleurs diffuses abdominales assez violentes, survenant surtout le matin au réveil. Crises diarrhéiques alternant avec des périodes de constipation opiniâtre. Amaigrissement. Asthénie et anorexie.

L'examen somatique est négatif.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XIX

(DE M. BRULÉ)

C..., 17 ans, est vu en juin 1932 parce qu'il présente de façon intermittente depuis six mois des douleurs abdominales dessinant le cadre colique avec prédominance dans l'hypochondre gauche.

Pas de constipation, peu d'amaigrissement.

Examen des selles. Nombreux œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XX

(DE M. BRULÉ)

Ma..., 38 ans. Entre dans le service de M. Brulé le 3 juillet 1932 pour syndrome dysentérique ; 4 à 7 selles par jour, avec douleur colique. Depuis 1928, une ou deux fois par an le malade présente un tel syndrome.

En dehors des crises les selles demeurent pâteuses et vernissées. L'état général reste bon ; à l'examen, on note que tout le cadre colique est douloureux.

Examen des selles. Œufs de Trichocéphales.

Traitement : Stovarsol et huile de chenopode. Le malade prend plus d'un kilogramme pendant son séjour à l'hôpital.

OBSERVATION XXI

(DE M. HILLEMAND)

M^{me} M..., 38 ans, vue pour la première fois en juin 1932, se plaint depuis 1917 de douleurs abdominales avec alter-

natives de diarrhée et de constipation. Elle a été soignée en 1929 à Divonne pour un syndrome psychasténique.

En juin 1932 l'examen de cette malade montre qu'elle est atteinte de cholécystite et de colibacillurie.

Examen des selles : Kystes de Entamaeba coli et œufs de trichocéphales.

Les troubles persistent en partie malgré un traitement par le stovarsol et le sous-nitrate de bismuth.

OBSERVATION XXII

(DE M. BRULÉ)

Bl... Augustine, 36 ans. Vient consulter le 27 juin 1932. Cette malade a subi en mars 1932 une cholécystectomie et une appendicectomie. Elle était très sujette aux maux de tête, présentait des nausées et vomissait fréquemment. Après l'opération survint une crise de dysenterie qui dura 4 jours et fut traitée par des injections d'émétine. Depuis un mois, la malade ressent à nouveau des douleurs dans l'hypochondre droit et se plaint de nausées, de céphalées et d'une grande asthénie. Constipée habituellement, elle l'est encore plus depuis son opération. Elle a maigri de 20 kilos depuis le 31 décembre.

Antécédents : Mère dysentérique.

Examen des selles (4 juillet 1932). Œufs de trichocéphales.

Traitement : Kaolin, Belladone, Chénanthol.

En janvier 1933, vient pour constipation, amaigrissement, asthénie. L'examen des selles est négatif.

OBSERVATION XXIII

(DE M. BRULÉ)

Sch... (enfant).

La mère traitée à la consultation apporte des selles de

son fils qui présente depuis plusieurs mois une diarrhée persistante avec amaigrissement et anesthésie très marquée.

Examen des selles (juin 1932). Œufs de trichocéphales en petite quantité.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXIV

(DE M. BRULÉ)

La..., 32 ans. Consulte le 28 juillet 1932. Ce malade a présenté depuis l'âge de 19 ans plusieurs crises douloureuses à type de colique hépatique.

Examen : A l'examen on ne trouve pas de réaction vésiculaire, mais l'on sent un intestin spasmé.

Examen des selles : Montre des kystes d'amœba coli et à un examen ultérieur on trouve des œufs de trichocéphales.

OBSERVATION XXV

(DE M. BRULÉ)

Du..., 30 ans. Vient consulter le 25 juillet 1932. Il se plaint de douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite depuis 8 ans. Ces douleurs quotidiennes, apparaissent sans horaire précis, se renouvelant une ou plusieurs fois dans la journée. Constipation pendant 2 à 3 jours, puis diarrhée pendant une journée avec 3 à 4 selles.

Examen : On ne trouve pas de points douloureux abdominaux à la palpation.

Examen des selles (27 juillet 1932). Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXVI

(DE M. BRULÉ)

Du... Louis, 24 ans. Vient consulter le 28 juillet 1932. Troubles à type de dyspepsie hyperchlorhydrique sans vomissements. Ce malade signale des alternatives de diarrhée et de constipation. Il a présenté depuis l'âge de 6 ans des crises nerveuses, qui, très fréquentes dans son enfance, se sont espacées maintenant et firent penser à des vers intestinaux.

Examen des selles (29 juillet 1932). Nombreux œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXVII

(DE M. BRULÉ)

To..., 30 ans. En juillet 1932, ce malade vient à la consultation pour des douleurs épigastriques vagues, parfois plus précises, à type de brûlure apparaissant après le repas, et s'accompagnant quelquefois de vomissements alimentaires. D'autre part crises diarrhéiques durant plusieurs semaines. Ce malade signale l'existence d'albumine dans ses urines et d'une azotémie à 0 gr. 50.

Examen des selles. Kystes d'*Amaeba coli* et œufs de trichocéphales.

OBSERVATION XXVIII

(DE M. BRULÉ)

M^{lle} Cha..., 16 ans, vient consulter en octobre 1932. Cette malade a ressenti, il y a un an, une violente douleur

dans la fosse iliaque droite, accompagnée de nausées et de vomissements, et qui a duré deux jours, s'accompagnant d'un court épisode de diarrhée. Depuis 6 semaines, la douleur a reparu dans la fosse iliaque, sourde et constante, avec tendance nauséuse. En même temps diarrhée, 4 à 5 selles par jour. L'appétit est bien conservé. La malade est normalement réglée.

Examen : Pas de douleur appendiculaire.

Examen des selles (28 octobre 1932). Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXIX

(DE M. BRULÉ)

Bé..., 34 ans. Consulte en août 1932 parce que depuis une vingtaine d'années, présente de la diarrhée. 2 à 3 selles par jour, liquides, renfermant parfois du sang et des glaires. En même temps, douleurs à type de coliques, survenant surtout l'après-midi. L'appétit est conservé.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXX

(DE M. BRULÉ)

Be... Mohamed, 34 ans. ~~Entre~~ dans le service de M. Brulé le 17 septembre 1932, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite qui ont fait penser à un appendicite.

Examen : La fosse iliaque droite est souple. Mais tout le cadre colique est douloureux, surtout à gauche et au niveau de l'angle splénique. Pas d'antécédents digestifs. Quelquefois deux selles par jour, mais normales d'aspect.

Examen des selles (19 septembre). Œufs de trichocéphales en abondance.

OBSERVATION XXXI

(DE M. BRULÉ)

Bo... Pierre, 19 ans. Le 20 octobre 1932 ce malade vient consulter pour une pesanteur et une sensation de gêne douloureuse épigastrique, survenant après les repas et n'offrant aucun caractère de périodicité. Il accuse, d'autre part, de la somnolence post-prandiale. Pas de constipation.

L'Examen de l'abdomen ne montre rien.

Examen des selles. Œufs de trichocéphales.

OBSERVATION XXXII

(DE M. BRULÉ)

Gilles..., 12 ans. Consulte en décembre 1932, parce qu'il se plaint de douleurs de l'hypocondre droit avec irradiations dans l'épigastre. Ces douleurs, surtout post-prandiales, surviennent par crises de 2 à 4 jours séparées par des accalmies de moindre durée. En même temps que ces douleurs apparaît une céphalée frontale.

L'enfant va régulièrement à la selle.

Examen des selles. Quelques œufs de trichocéphales.

Traitement : Chrysémine, Huile de chénopode.

OBSERVATION XXXIII

(DE M. BRULÉ)

V..., 15 ans. Consulte le 1^{er} décembre 1932. Depuis le début d'octobre, le petit malade est asthénisé, il a maigri et présente un état sub-fébrile avec crochets à 38°. Sen-

sation de fatigue au lever en même temps que fatigue intellectuelle très rapide. Constipation chronique alternée de crises diarrhéiques. Nausées sans vomissements.

Examen des selles. Œufs de trichocéphales.

On met le malade au Chénanthol.

OBSERVATION XXXIV

(DE M. BRULÉ)

Be..., 39 ans, est vu pour la première fois, en décembre 1932, pour un examen digestif demandé par le centre de réforme.

En 1918 présente pendant plusieurs semaines une diarrhée glaireuse.

En 1920 se plaint de douleurs épigastriques rappelant par leur siège et par leur rythme un syndrome ulcéreux.

En 1925 alors que les crises douloureuses s'étaient considérablement espacées survient un melæna abondant.

En mai 1932, à nouveau le malade présente du melæna.

Il y a trois semaines pour la troisième fois le malade consulte pour du melæna.

Les examens radiologiques n'ont jamais montré d'images anormales.

Examen des selles (14 décembre 1932). Œufs de Trichocéphales.

OBSERVATION XXXV

(DE M. BRULÉ)

M^{me} Bo..., 38 ans, vient consulter le 20 février 1933, parce qu'elle présente depuis 4 ans des crises douloureuses, épigastriques, fréquentes, apparaissant à intervalles irrégulières, à prédominance nocturne, mais sans horaire fixe en rapport avec le dernier repas. La douleur épigastrique

irradie au niveau de l'hypochondre droit, dans le dos, vers la fosse iliaque, avec ténésme rectal, elle s'accompagne de vomissements alimentaires et bilieux. Constipation opiniâtre condamnant la malade aux laxatifs. Une première radiographie fait porter le diagnostic d'Ulcus, qui est infirmé par une deuxième série de clichés.

Examen : A l'examen la malade accuse une douleur médiane et vésiculaire, avec irradiations vers l'épaule droite.

On pense à une cholécystite, et on institue le traitement classique. La malade n'étant pas améliorée, on demande un examen de selles le 20 mars.

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXXVI

(DE M. BRULÉ)

Ca..., 42 ans, consulte pour la première fois, en mars 1933. Ce malade est réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire. Il a contracté la dysenterie en 1917. Depuis cette époque, diarrhée permanente : 3 à 4 selles par jour sans caractères spéciaux. En même temps que des digestions pénibles, des gastralgies vagues, des pituites matinales.

Actuellement, il ressent des douleurs vagues sans horaire fixe, avec douleurs à l'hypochondre droit.

Examen de selles montre quelques œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXXVII

(DE M. BRULÉ)

P... Eugène, 32 ans, vient consulter le 6 mars 1933. Depuis un an et demi environ, éprouve tous les matins des nausées et souvent même des vomissements jaunâtres. Depuis cette époque également, le malade va à la selle le matin et dès qu'il a terminé son repas de midi.

Examen des selles (mars 1933). Quelques œufs de trichocéphales.

Traitement : Chénanthol.

OBSERVATION XXXVIII

(DE M. BRULÉ)

Ga..., 41 ans, consulte en mai 1933. Il se plaint depuis 1927 d'une douleur siégeant dans l'hypochondre droit avec une constipation chronique l'obligeant à prendre des laxatifs. Il a été opéré en mars 1932 pour des crises douloureuses à type de colique hépatique. A l'opération on a trouvé un foie gros, une vésicule biliaire intacte avec adhérence, periduodénite, appendice gros et très vascularisé (appendicectomie).

Examen des selles : Œufs de trichocéphales.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DE COLOPATHIES A. LAMBLIAS

OBSERVATION I

(DE M. BRULÉ)

C..., 22 ans. Consulte en 1928 pour troubles dyspeptiques datant de l'enfance, mais s'aggravant particulièrement depuis deux mois. Il se plaint de douleurs à types de brûlure, siégeant au creux épigastrique, survenant après les repas, calmées par le bicarbonate de soude.

Mais surtout il accuse de la diarrhée : 2 à 3 selles par jour liquides, verdâtres, non fétides, ne renfermant jamais de sang.

Bon appétit, léger amaigrissement.

Examen : Rien à l'abdomen, sauf un peu de gargouillement.

Examen des selles : Kystes de lamblias en quantité considérable.

Traitement : Stovarsol.

Le malade revient consulter plusieurs fois. La diarrhée continue. Le côlon gauche reste sensible ; puis au mois d'octobre on ne trouve plus que 2 selles par jour ; les douleurs ont disparu. Les selles renferment toujours beaucoup de kystes de lamblias.

Le malade reçoit successivement du stovarsol, du soufre,

du chenanthol, puis un traitement arsenical par injections intraveineuses.

En janvier 1929 :

Prurigo aux bras, aux cuisses, légèrement suintant et prurigineux.

Selles très molles et liquides.

Douleurs dans l'hypochondre gauche. Reste amaigri.

OBSERVATION II

(DE M. BRULÉ)

M^{me} D..., 23 ans.

Juillet 1930.

Cette malade présente depuis 18 mois des digestions difficiles avec sensation d'oppression, de pesanteur gastrique, parfois des crampes survenant sans horaire fixe.

Les fonctions intestinales sont manifestement troublées : alternatives de diarrhée glaireuse et de constipation.

Malgré une légère manifestation due à une cure à Châtel-Guyon un an auparavant, la malade accuse un amaigrissement de 20 kilos en 18 mois.

Examen des selles : Présence de kystes de lamblas.

OBSERVATION III

(DE M. BRULÉ)

M^{lle} D... Marcelle, 10 ans.

Le 11 juin 1931 vient consulter pour des migraines frontales survenant une fois par semaine, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux, tous ces troubles remontent à 5 ans.

Elle présente en outre des alternatives de diarrhée et

de constipation : les selles sont noires, verdâtres, très fétides.

L'haleine est fétide le matin au réveil.

L'enfant éprouve parfois de vagues douleurs dans les membres.

De plus, elle est très sujette à l'urticaire et présente de l'anorexie pour la viande.

Il s'agit d'une petite fille un peu maigre, dont les parents sont très nerveux.

Traitement : Solution de Bourget.

Peptalmine.

Examen des selles. Révèle des kystes de lamblias.

Traitement : Stovarsol.

OBSERVATION IV

(DE M. BRULÉ)

M^{lle} B..., 14 ans.

Vient consulter en 1932, pour des troubles intestinaux. Elle se plaint de douleurs abdominales et de ballonnement.

Il n'y a ni gaz, ni renvois.

Elle est habituellement constipée avec alternatives de diarrhée. Elle aurait assez souvent des crises hépathiques, avec subictère, et, à ce moment là, des selles fétides.

L'appétit est très irrégulier ; la malade dit avoir maigri légèrement.

Examen : Abdomen un peu empâté.

Examen des selles (11 février 1932). Quelques kystes de lamblias.

OBSERVATION V

(DE M. H. HILLEMAND)

A..., 38 ans.

Vient consulter en mars 1932, pour un syndrome dysentérique.

Examen des selles : Nombreux kystes de lamblias. Pas d'amibes.

OBSERVATION VI

(DE M. BRULÉ)

G..., 32 ans. Consulte le 20 juin 1932, pour des douleurs dans l'hypochondre gauche, apparues il y a un an, et se produisant sans horaire fixe.

Depuis la même époque, diarrhée : 5 à 6 selles par jour.

Il a des renvois et des gaz. Se plaint de sueurs nocturnes, de maux de tête, accompagnées parfois de vertiges. Parfois douleurs dans la région lombaire.

Son appétit a diminué depuis quelques semaines. Il accuse en outre de l'asthénie et un amaigrissement assez marqués.

Ses urines, qui sont quelquefois un peu troubles, foncées, contenaient en 1922 des traces d'albumine.

Examen : A l'examen on ne trouve qu'un léger ballonnement du ventre.

Examen des selles (27 juin 1932) : Nombreux kystes de lamblias.

Traitement : Kaolin et stovarsol.

OBSERVATION VII.

(DE M. BRULÉ)

M..., Louis 38 ans. Consulte le 18 juillet 1932 pour diarrhée.

Actuellement 10 selles par jour, formées d'eau et de matières mal digérées. Jamais de sang.

La première crise de diarrhée remonte à 1929 et a duré 25 jours. Depuis, nombreuses crises analogues, séparées par des intervalles de constipation opiniâtre. Langue saburrale. Appétit moyen.

D'après lui, le début de ces troubles remonterait à la guerre (captivité en Allemagne, nombreux certificats témoignant de troubles digestifs et pulmonaires).

Examen des selles (19 juillet 1932). Nombreux kystes de lamblias.

Traitement : Kaolin, Stovarsol.

OBSERVATION VIII

(DE M. BRULÉ)

B..., 28 ans. Consulte le 1^{er} décembre 1932.

Depuis un mois amaigrissement de 3 kilos, malgré un bon appétit. Se plaint d'une gêne au creux épigastrique et dans les hypochondres droit et gauche.

Selles régulières, mais dans lesquelles le malade croit avoir vu des vers.

Langue saburrale à jeun. Asthénie. Céphalée, vertiges et éblouissements. Sommeil troublé par des cauchemars.

Examen des selles (5 décembre 1932). Nombreux kystes de lamblias.

Traitement : Kaolin, Stovarsol.

Le 6 mars 1933, ce malade revient consulter. Il se sent bien, et son poids a augmenté de 5 kilos.

OBSERVATION IX

(DE M. BRULÉ)

P..., 51 ans. Consulte le 5 décembre 1932.

Il s'agit d'un ancien colonial qui accuse une douleur dans l'hypochondre droit, avec irradiations lombaires et scapulaires.

Selles diarrhéiques, au nombre de 4 à 9 par jour, très liquides.

Malade fatigué, sujet aux palpitations cardiaques et à l'insomnie.

Il est atteint d'une toux chronique qui ne se calme que l'été.

Très fréquemment, œdème des paupières, des mains et des malléoles.

Examen : Cirrhose hypertrophique. Rien au poumon. Rien au cœur.

Examen des selles (12 décembre 1932). Nombreux kystes de lamblias.

Traitement : Stovarsol.

OBSERVATION X

(DE M. BRULÉ)

M^{lle} R..., 54 ans. Vient consulter le 16 février 1933.

Il y a 5 ans, on trouva dans ses selles des kystes de lamblias et un autre parasite dont la malade ignore le nom. Le traitement par le stovarsol fut institué.

Il y a 3 ans, appendicectomie à la suite de quoi elle présente les symptômes suivants : Sensation de lourdeur permanente à l'épigastre. Parfois vomissements matutinaux très aqueux. Souvent céphalée et vertiges. Tendance au sommeil après les repas.

La moindre fatigue lui occasionne de vives douleurs dans le dos.

Antécédents : On note des vers intestinaux, probablement des ascaris dans sa jeunesse.

Examen : Foie et cœur normaux.

Examen des selles (23 février 1933). L'examen des selles montre des kystes de lamblis.

Traitement : Carlsbad, Stovarsol, Boldine.

OBSERVATION XI

(DE M. BRULÉ)

A..., 33 ans. Entre le 24 mars 1933 pour douleurs abdominales. En 1926, au Cameroun, le malade a présenté une longue crise (15 jours ou 3 semaines) de diarrhée avec selles très fréquentes (40 à 50) glaireuses, mais non sanglantes.

On n'a pas fait d'examen de selles, mais la prise de Charbon et de Naphtol ont calmé la diarrhée, à laquelle a fait place depuis une constipation opiniâtre. A la même époque le malade a contracté un chancre et a été traité par le novar, très activement pendant 4 ans.

Depuis son retour en France (1930), il est toujours constipé, et présente des douleurs diffuses et presque constantes dans tout l'abdomen.

Après les repas il a du ballonnement.

Jamais de vomissements, mais état saburral chaque matin.

Dès son arrivée à Paris, l'examen de selles pratiqué

à Pasteur montre des œufs d'ankylostome et de trichocéphales dans les selles. Un traitement par de l'atoxyl et de l'émétique intra-veineux amène une légère amélioration.

En 1932, à Necker, on trouve à nouveau les œufs d'ankylostome et de trichocéphale dans ses selles.

Un traitement est institué qui ne donne pas d'amélioration, les parasites étant toujours constatés lors d'un nouvel examen des selles.

En mars 1933, entre à Tenon.

La constipation est toujours opiniâtre.

Un examen des selles montre des kystes de lamblias.

Antécédents. — Syphilis et paludisme au Cameroun.

Pas de crises palustres depuis son retour.

Examen. — Abdomen météorisé, douloureux, surtout au niveau du cadre colique.

Traitement. — Le malade est mis au stovarsol et à l'acétylarsan.

Il sort le 2 avril 1933.

OBSERVATION XII

(DE M. BRULÉ)

S..., 31 ans.

Consulte le 22 mai 1933.

Il y a 5 ans, ce malade a eu un ver solitaire, traité par des capsules d'extract de fougère mâle.

Quelques temps après, il ressentit des douleurs abdominales transversales, avec un point plus douloureux au creux épigastrique. En même temps, il vomissait tous les matins au réveil.

Depuis 15 jours, le malade se plaint de vomissements nocturnes avec un état fébrile. Et tous les matins, il va 3 fois à la selle de 6 heures à 8 heures.

L'appétit est conservé.

Le malade accuse un léger amaigrissement.

Examen. — L'examen du malade ne montre rien d'anormal.

Examen des selles (23 mai 1933). — Kystes de lamblias.

Traitement. — Stovarsol.

OBSERVATION XIII

(DE M. HILLEMAND)

M^{lle} A..., 45 ans. Vient consulter en juin 1933, pour une crise de diarrhée avec température. Il en a présenté une analogue en mai 1933.

Examen des selles. — Kystes de lamblias en grand nombre.

OBSERVATION XIV

(DE M. BRULÉ)

J..., 31 ans.

Au début de juin 1933, ce malade vient consulter pour une crise de diarrhée avec douleurs abdominales. Il a déjà eu plusieurs crises analogues, avec fièvre.

Après une sensation de lassitude, le malade ressent une douleur abdominale diffuse, mais avec prédominance dans le flanc droit. Puis il va à la selle 4 ou 5 fois dans la journée : les matières sont liquides, noirâtres, fétides, ne renfermant ni membranes, ni débris alimentaires, ni sang.

Ces phénomènes durent deux jours, ne sont pas en rapport avec les repas.

Pas d'amaigrissement.

Le malade n'est jamais allé aux colonies.

Examen des selles (7 juin 1933). — Kystes de lamblias.

Traitement. — Stovarsol.

OBSERVATION XV

(DE M. HILLEMAND)

M^{me} H..., 53 ans.

Se plaint depuis 15 ans de diarrhée post-prandiale avec glaires et sang survenant par crise, et s'accompagnant de douleurs abdominales vagues.

Examen des selles. — Kystes de lamblias.

OBSERVATION XVI

(DE M. HILLEMAND)

M. Ch..., 38 ans.

Depuis 1925, se plaint de troubles gastriques et intestinaux (diarrhées surtout) les plus variés qui ont successivement fait pratiquer en 1929 une cholécystectomie, en 1930, une résection du grand épiploon, en 1932, une gastro-entérostomie. En outre, il faut noter un état hypocondraque des plus net avec, par période, tendance au suicide. En 1928, de nombreux kystes de lamblias ont été trouvés dans les selles et dans la bile recueillie par tubage duodénal.

Le traitement est rendu particulièrement difficile par une intolérance à l'arsenic.

En 1933, présente une orchite aiguë en rapport avec une colibacillurie.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE DES COLOPATHIES A TRICHOCÉPHALES

A) **Symptomatologie.** — Ce qui domine la symptomatologie des colopathies à trichocéphales, c'est leur polymorphisme. Aussi devons-nous, pour en donner la description, passer en revue les symptômes sur lesquels il faut particulièrement interroger les malades si l'on ne veut pas risquer de méconnaître une colopathie parasitaire.

LES TROUBLES DE L'ÉVACUATION INTESTINALE. — Ceux-ci n'apparaissent pas toujours d'emblée et bien souvent passent au second plan dans le récit que les malades font de leur maladie.

Le syndrome dysentérique est rare ; sur nos trente-huit observations nous ne le trouvons signalé que dans l'observation 7, et les observations 20 et 22.

La diarrhée est par contre fréquente ; elle est notée dans vingt de nos observations. Mais il faut distinguer la diarrhée intense constituée de sept à huit selles par jour, qui amène le malade au médecin, des troubles intestinaux banaux légers, 2 à 3 selles par jour,

pâteuses, non moulées. Cette dernière forme de diarrhée est de beaucoup la plus fréquente, c'est elle qui caractérise les observations 2, 3, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 28, 36. Souvent les malades n'en parlent pas spontanément, satisfaits même d'aller 2 ou 3 fois par jour à la selle. Dans presque tous les cas, il existe de la diarrhée post-prandiale, surtout après le repas de midi, mais celle-ci peut prendre un caractère prédominant ainsi que le prouvent les malades des observations 3 et 37 ; il ne faudrait donc pas croire que toute diarrhée post-prandiale soit attribuable à un trouble vésiculaire ou hépatique. Enfin les diarrhées intenses de 6 à 8 selles par jour, tantôt apparaissent par crises (observations 1 et 4), tantôt revêtent un caractère chronique (obs. 15, 16, 23, 27, 29) et s'accompagnent d'asthénie, de maigreur, obligeant parfois à hospitaliser les malades.

Une forme particulièrement fréquente est celle qui se manifeste par des alternatives de diarrhée et de constipation. Nous la rencontrons dans huit cas. (Obs. 9, 10, 11, 18, 21, 25, 26, 33).

Ce peut être, beaucoup plus rarement, une constipation simple, banale, que ne vient entrecouper aucun épisode diarrhéique. Il en est ainsi des malades 35 et 38.

Pour nous résumer, d'après notre statistique de 38 malades, on trouve que la colopathie se manifeste dans :

7 % des cas par un syndrome dysentérique.

26 % des cas par une diarrhée légère.

5 % des cas par une diarrhée uniquement post-prandiale.

5 % des cas par des crises de diarrhée intense.

13 % des cas par une diarrhée intense et rebelle.

21 % des cas par des alternatives de diarrhée rebelle et de constipation.

5 % des cas par une constipation banale.

Donc dans 32 observations, soit 80 % des cas, les malades accusent plus ou moins nettement des troubles du transit intestinal.

Il reste donc 18 % de malades qui ne présentent aucune espèce de modification du transit intestinal. Ce sont seulement des symptômes extra-intestinaux qui indiqueront la colopathie.

LES DOULEURS ABDOMINALES A TYPE COLITIQUE. Celles-ci sont très fréquemment associées à la diarrhée ou à la constipation. Nous les avons rencontrées en même temps que la diarrhée dans les observations 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 26, 28, 29 ; c'est-à-dire que dans 50 % des cas la diarrhée ou la constipation s'accompagne de douleurs abdominales.

Le plus souvent les malades présentent des douleurs attirant l'attention du côté du gros intestin.

Tantôt douleurs dans l'hypocondre droit, tantôt douleurs dans l'hypocondre gauche, parfois péri-ombilicales ; elles sont très variables, quant à leur heure d'apparition, rarement rythmées par les repas, plus souvent capricieuses.

Comme elles se localisent avec une particulière fré-

quence au niveau du cœco-ascendant, l'appendicite chronique est souvent discutée ; la distinction est d'ailleurs difficile à faire ; dans son travail sur les colopathies à trichocéphales, M. BRULÉ raconte l'histoire d'un malade qu'il fit rapidement opérer, parce qu'il présentait « une vive douleur, étroitement localisée dans la région appendiculaire, sans fièvre ni contracture abdominale ; l'appendice enlevé était absolument bourré de trichocéphales, plantés les uns contre les autres, comme des épingles sur une pelote, et l'on peut se demander si un traitement anthelminthique (qui d'ailleurs fut fait ultérieurement) eût pu suffire dans un tel cas. » Mais ces cas doivent être très rares. Nous n'avons retrouvé une histoire d'appendicite (et d'appendicite chronique) que dans l'observation 28.

D'autres fois, ce peut être le tableau clinique d'un syndrome de Koenig.

M. BRULÉ en rapporte un cas très typique qui s'était accompagné d'un amaigrissement de 10 kilogrammes ; la radiographie ne révélait aucune anomalie de calibre de l'intestin. Par contre, les selles renfermaient en grande abondance des œufs de trichocéphales ; ce malade fut rapidement guéri par un traitement à l'huile de chénopode.

D'autres fois ce sont des crises douloureuses s'accompagnant de fièvre, de vomissements. Elles durent de 24 à 48 heures. De telles crises peuvent être calmées par un traitement anthelminthique.

Parmi les observations que nous rapportons, nous lisons l'histoire d'un syndrome douloureux à type

colitique pur sans diarrhée dans les observations 17, 19, 25, 30, 32, soit dans 15 % des cas.

TROUBLES DYSPEPTIQUES. — Il reste donc toute une catégorie de malades, la minorité, il est vrai, qui, bien que présentant une colopathie à trichocéphales, ne se plaignent d'aucun symptôme colitique. Bien que ces cas soient rares, ils n'en sont que plus intéressants parce que rien n'attire immédiatement l'attention du côté du gros intestin.

C'est ainsi que le malade de notre observation 31 ne signale qu'un syndrome dyspeptique, celui de notre observation 34 accuse des douleurs rappelant celles de l'ulcère gastrique, celui de notre observation 35 des symptômes de cholécystite chronique et celui de notre observation 38 a des paroxysmes douloureux faisant penser à des coliques hépatiques.

Mais, répétons-le, cette symptomatologie est rare puisque nous ne la trouvons que dans 5 % des cas.

Monsieur BRULÉ, d'ailleurs, insiste sur cette symptomatologie bien particulière. Il rapporte le cas d'un de ses malades « très nerveux, qui présentait de grandes crises douloureuses espacées, et qui, sur le conseil de son médecin, devait être opéré d'un ulcus gastrique tandis qu'il avait en réalité une colopathie à trichocéphales » Devera (de Saint-Jacques de Compostelle) a déjà décrit ces symptômes pseudo-ulcéreux chez les porteurs de trichocéphales.

Les cas où l'on observe une symptomatologie vésiculaire (observation 35, 38) sont tout particulièrement intéressants. Ces cas montrent une fois de plus,

ainsi que M. BRULÉ et GARBAN l'ont discuté il y aura bientôt 15 ans, la fréquence avec laquelle les colopathies retentissent sur la vésicule biliaire.

MM. BRULÉ et GARBAN ont également signalé l'existence de troubles hépatiques secondaires aux colopathies. Ces faits semblent rares au cours des colopathies à trichocéphales et M. BRULÉ écrit que « toutes les fois qu'il a noté chez ces malades, des troubles hépatiques, ils ont paru avoir une autre origine : alcoolisme, congestion hépatique des gros mangeurs, cholémie familiale et ils n'ont été que peu ou pas améliorés par la destruction des parasites. » CHABE a cependant signalé un abcès un foie au cours d'une entérite à trichocéphales.

Telle est la symptomatologie des colopathies à trichocéphales.

B) Complications. — A côté de leur polymorphisme que fait bien ressortir le rappel de nos observations, la symptomatologie des parasites intestinaux à trichocéphales peut encore être camouflée par l'apparition de complications.

COLI-BACILLOSE. — Nous n'insisterons pas sur son aspect clinique. Il ne présente rien de particulier. C'est celui de toute infection colibacillaire. Disons seulement qu'il est surtout fréquent chez la femme où il est représenté, soit par un syndrome entéro-rénal, soit par un syndrome entéro-hépatique. Notons enfin qu'en présence d'un syndrome colibacillaire résistant à la thérapeutique usuelle, il faut

systématiquement penser à la présence de parasites intestinaux, mais que la disparition de ceux-ci ne suffit pas à affirmer la guérison de l'infection colibacillaire.

TROUBLES NERVEUX. — Des migraines, des vertiges en rapport avec une colopathie méconnue ou avec une cholécystite secondaire à une colopathie parasitaire ne s'extériorisant par aucun trouble de l'évacuation intestinale, peuvent égarer le diagnostic.

D'autres fois ce sont des troubles respiratoires ou circulatoires ou cardiaques (palpitations, syndrome angineux) qui seront au premier plan. Il ne faut pas oublier, en effet, que les colopathies, et cela surtout chez les sujets nerveux, peuvent par aérocolie gauche avoir un retentissement sur le cœur. Potain, Huchard ont depuis longtemps insisté sur l'étiologie de tels accidents cardiaques. Hayem, Lyon, Mathieu, J. C. Roux ont également insisté sur ces réactions coliques s'accompagnant de troubles cardio-vasculaires.

Citons encore comme complications exceptionnelles mais certaines l'anémie pernicieuse, l'ictère hémolytique : M. Brulé en a rapporté un cas en 1931.

L'ÉTAT GÉNÉRAL. — En dehors des cas où une diarrhée intense amène rapidement un état de dénutrition avec asthénie, amaigrissement, l'état général est le plus souvent bien conservé. Très rares sont les cas où l'on note un important amaigrissement.

C) Formes cliniques. — CHEZ LE VIEILLARD. —

Les colopathies à trichocéphales présentent un intérêt tout particulier chez le vieillard où elles peuvent simuler un cancer gastrique ou intestinal. M. BRULÉ cite trois cas où l'amaigrissement, les épreintes, le ténésme, les poussées de diarrhée, alternant avec des poussées de constipation, ont pu faire croire à un cancer. Les troubles disparurent rapidement avec le traitement.

CHEZ L'ENFANT. — Chez l'enfant les colopathies à trichocéphales se traduisent souvent par des crises fébriles s'accompagnant de vomissements et de diarrhée ; leur connaissance mérite réflexion ; en effet, leur symptomatologie pourrait en imposer pour une appendicite ou des vomissements acétonemiques.

M. BRULÉ a vu chez une petite fille un cas de vulvite secondaire à une infection intestinale par trichocéphales.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE DES COLOPATHIES A LAMBLIAS

Alors que nombre d'auteurs ne voient dans le trichocéphale qu'un hôte de l'intestin sans rôle pathogène, l'accord semble fait à l'heure actuelle sur la nocivité des lamblias. On en retrouvera l'historique et la bibliographie dans la récente *Revue Générale* de CARRIÈRE et HURIEZ. DESCHIENS, FANTHAM et PORTER ont démontré expérimentalement leur rôle pathogène. Ce rôle même paraît s'étendre au delà de l'intestin puisqu'on a tendance à attribuer un rôle important aux lamblias dans la genèse de certaines cholécystites. Limitant notre thèse aux colopathies, nous ne ferons que citer les auteurs qui se sont occupés de ce point particulier et donner les références de leurs travaux à la bibliographie de notre thèse.

Les formes des pays chauds. — Nous ne parlerons pas ici des formes observées dans les pays

chauds ; ce sont des formes aiguës dues à une infestation massive, avec fièvre, diarrhée profuse, atteinte profonde de l'état général ; rapidement elles passent à la chronicité et risquent de demeurer inaperçues. D'ailleurs même à ce stade elles peuvent présenter de graves complications : perforation intestinale (SILVA), abcès autour de l'intestin (Marcel LABBÉ, MOREL).

Les troubles de l'évacuation intestinale. — Si nous en jugeons d'après notre statistique de 16 cas les troubles de l'évacuation intestinale observés au cours des parasitoses à lamblas sont assez polymorphes.

Seul, le malade de notre observation 5 a présenté un syndrome dysentérique.

Une diarrhée simple, banale, de 2 à 3 selles par jour, pâteuses, sans glaires (ou seulement en petites quantités) ni sang, est signalée dans nos observations 1, 3, 12, 15.

C'est dans les observations 6, 9, 13, 14, que nous rencontrons une diarrhée intense de 6 à 9 selles par jour, très liquides, s'accompagnant d'une atteinte marquée de l'état général.

Les malades des observations 2, 4, et 7, se plaignent d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Un de nos malades ne se plaignait que de constipation. Enfin 2 malades ne présentaient aucun trouble du transit intestinal.

Pour nous résumer on peut dire que :

7 % des malades accusaient un syndrome dysentérique.

7 % des malades accusaient de la constipation simple.

14 % des malades n'accusaient pas de troubles de l'évacuation intestinale.

26 % » » accusaient une diarrhée banale

26 % » » » » » intense

20 % » » » des alternatives de diarrhée et de constipation.

Les douleurs abdominales. — Dalsace a déjà montré qu'elles étaient relativement peu fréquentes et surtout peu intenses; c'est également ce qui ressort des seize observations que nous rapportons. Ces douleurs ne présentent d'ailleurs rien de caractéristique. Cependant deux faits méritent d'être mis en lumière.

Premièrement : la rareté des appendicites à lamblias. En effet, s'il existe peut-être des appendicites à trichocéphales, il n'existe certes pas d'appendicite à lamblias et si Savignac a pu déceler une fois le parasite dans l'appendice, le fait reste une simple curiosité. Plusieurs de nos malades avaient subi l'appendicectomie (et l'un d'eux même une fixation du caecum) sans en tirer aucun bénéfice. D'autres devaient être opérés d'appendicite quand ils vinrent consulter et furent guéris par le traitement arsenical lorsque nous eûmes constaté la lambliaose (BRULÉ).

Deuxièmement : M. BRULÉ insista sur la fréquence avec laquelle il a trouvé un point douloureux vésiculaire. Ce fait clinique pose la question des cholécystites à lamblias et cela d'autant plus que la présence des lamblias dans la bile recueillie par tubage duodénal a

été signalée par de nombreux auteurs. (Voir bibliographie).

Les troubles dyspeptiques. — Ceux-ci sont très fréquents. N'existent-ils pas d'ailleurs au cours de toute colopathie quelle qu'en soit l'origine.

Nous retrouvons un tel syndrome dans les observations 1, 2, 16 ; mais dans tous ces cas, les malades accusaient un syndrome dyspeptique en même temps que de la diarrhée et des douleurs abdominales.

Par contre, dans les observations 8 et 10 les malades se présentaient au premier abord comme des dyspeptiques purs sans troubles intestinaux.

Les crises douloureuses et fébriles. — M. BRULÉ signale en particulier la fréquence, au cours des lamblases, des crises de diarrhée avec vomissements, fièvre et douleurs abdominales diffuses. Il en décrit dans son travail deux observations très typiques. CARRIÈRE a également insisté sur leur existence clinique. Nous en rapportons quatre cas ; ce sont nos observations 6, 11, 13, et 14. Les rapprochant de celles que l'on rencontre dans la trichocéphalose, M. BRULÉ dit : « ce ne sont que des poussées de colite aiguë, avec colibacillose, qui viennent se greffer sur une colopathie chronique, peut-être lorsque les parasites se multiplient de façon excessive. »

FORMES CLINIQUES

Chez l'enfant. — Les aspects de la lamblase sont très variés chez l'enfant : poussée de diarrhée,

crise fébrile, douleurs abdominales pouvant prédominer dans la fosse iliaque droite et ayant fait penser à l'appendicite, fatigabilité et fébricule (Brûlé). Le traitement semble avoir une action particulièrement rapide sur eux.

Les lamblases associées. — La lamblase peut être associée aux trichocéphales. Ce fait est important puisque le traitement n'est pas le même. Mais surtout il faut craindre et rechercher les lamblases associées avec l'amibiase dysentérique.

Le traitement est en partie le même. Mais la présence de l'amibe dysentérique vient cependant obscurcir le pronostic.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DES COLOPATHIES A TRICHOCÉPHALES ET A LAMBLIAS

Les observations que nous avons rapportées ainsi que l'étude analytique de leur symptomatologie montrent assez combien l'aspect clinique que revêtent ces deux parasitoses est voisin, bien que leur agent pathogène (helminthe d'une part, protozoaire d'autre part) soit extrêmement différent. En pratique le diagnostic d'une colopathie parasitaire passera par trois étapes :

- a)* reconnaître la colopathie.
- b)* en dépister la nature parasitaire.
- c)* rattacher la colopathie à la présence des lamblias ou des trichocéphales.

A) Reconnaître la colopathie. — Lorsqu'on est consulté par un malade présentant depuis plusieurs semaines une diarrhée rebelle aux thérapeutiques usuelles, ou se plaignant d'alternatives de diarrhée et de constipation, ou souffrant de douleurs abdominales localisées dans l'hypocondre droit ou dans

L'hypocondre gauche, la notion de colopathie s'impose d'elle-même.

Mais, au contraire, ainsi que nous l'avons vu plus haut, lorsqu'il s'agit de sujets se plaignant d'un état nerveux, de préoccupation, d'insomnie, d'impotence, mais n'attirant pas d'emblée l'attention du côté du gros intestin, le diagnostic peut rester hésitant. Cette impression d'hypocondrie ne doit pas éloigner l'esprit du médecin de la notion d'organicité. En interrogeant ce malade d'une façon minutieuse on apprendra souvent l'existence d'une constipation assez marquée ou la présence de deux à trois selles par jour, non moulées, pâteuses, s'accompagnant même parfois de glaires. Il faut alors penser à la colopathie.

Mais souvent les symptômes seront plus vagues encore : dyspepsie banale se traduisant par des digestions lentes, syndrome de cholécystite, syndrome appendiculaire même. Le diagnostic devient alors extrêmement difficile, il faut penser à la colopathie, penser à faire examiner les selles si l'on ne veut méconnaître la parasitose.

Une fois la colopathie diagnostiquée, seul un examen coprologique permet d'en reconnaître la nature parasitaire. Il est naturellement impossible par l'examen clinique d'en démontrer l'étiologie, leur tableau clinique étant trop polymorphe. Il est bien entendu impossible également de faire la distinction entre les parasitoses à lamblies et à trichocéphales ; d'ailleurs comme le montre le tableau suivant fait

d'après nos 54 observations leur aspect clinique est extrêmement voisin :

	Trichocéphalose	Lamblia
Syndrôme dysentérique.....	7 %	7 %
Constipation banale.....	5 %	7 %
Diarrhée post-prandiale.....	5 %	
Crise de diarrhée.....	5 %	
Diarrhée légère.....	26 %	26 %
Diarrhée intense et rebelle.....	13 %	26 %
Alternative de diarrhée et constipation.....	21 %	20 %
Aucune modification du transit intestinal.....	18 %	14 %
Douleurs abdominales sans diarrhée ni constipation.....	15 %	6 %
Pas de douleurs colitiques, pas de diarrhée, pas de constipation, syndrômes de dyspepsie ou de cholecystite.....	5 %	12 %

B) Dépister la nature parasitaire de la colopathie. —

Nous n'envisagerons pas dans cette thèse clinique le diagnostic microscopique de la parasitose (renvoyant pour la recherche des lamblia à l'excellente thèse de G. TERRIAL (Paris, 1931) et pour la recherche de trichocéphales aux travaux de POUBLAN ET DESCHIENS).

Par contre nous voudrions envisager dans quelles conditions il faut mettre son malade afin que le parasitologue ait le plus de chances de trouver le parasite.

Si le malade a de la diarrhée, il suffira d'examiner un échantillon d'une selle diarrhéique. Par contre, si le malade est constipé il peut être utile d'obtenir une selle diarrhéique, l'expérience ayant montré que l'on a plus de chance de trouver des parasites

après l'irritation de la muqueuse intestinale provoquée par une purgation (BÆCK et DRBOHLAV) ; POUBLAN conseille une purgation saline, RAVAUT et KRONULITSKY une injection intra-veineuse de cyanure de mercure ; MANTI, CELSE, un lavement iodé ; Le NOIR et MATHIEU DE FOSSEY donnent à leur malade avant l'examen des selles, des capsules de poudre de bile à doses progressives jusqu'à débâcle diarrhéique.

La notion de quantité de parasites trouvés, sur laquelle a très justement insisté le professeur Marcel LABBÉ, a une grande importance ; aussi importe-t-il au praticien de savoir quelle a été la technique employée.

L'examen direct entre lame et lamelle est le procédé le plus simple.

La plupart des auteurs préfèrent cependant les méthodes d'enrichissement, que ce soit la méthode de Willis, de Teleman-Langeron, de Lorke ou de CARLE et BARTHÉLÉMY. C'est cette dernière qui est préconisée par M. BRULÉ. Pour avoir notion de l'abondance de parasites le Professeur Marcel LABBÉ fait faire la recherche sur 5 grammes de matière fécale avec examen après enrichissement « On peut alors pratiquer une véritable numération des œufs ou des kystés ».

M. Brûlé fait pratiquer la recherche des parasites après enrichissement par la méthode de CARLE et BARTHÉLÉMY ; il demande, par ailleurs, que lui soit signalée l'abondance plus ou moins grande, des pa-

parasites trouvés ; mais il fait examiner les selles trois jours de suite. Cette précaution sur laquelle a d'ailleurs insisté GOIFFON permet, « non seulement de ne pas laisser passer certaines parasitoses, mais encore de voir si dans les trois selles examinées, les parasites restent toujours abondants.

C) Comment savoir si la colopathie est secondaire aux parasites trouvés dans les selles. — Le laboratoire nous a répondu qu'il y avait dans les selles du malade des œufs de trichocéphales ou des kystes de lamblias. Cela suffit-il à affirmer que les troubles présentés par le malade sont secondaires à ces helminthes ou à ces protozoaires ? Certes non, puisque nous avons vu, au début de ce travail, que nombre de sujets normaux avaient des selles infectées par ces hôtes.

M. BRULÉ a bien montré qu'il fallait deux conditions pour reconnaître qu'une colopathie est de nature parasitaire :

1^o Il faut que les parasites soient en assez grande abondance. M. Marcel Labbé a écrit que si l'on ne trouve que 10 à 15 œufs ou kystes des parasites recherchés, dans 5 grammes de matière fécale, il n'existe pas de troubles intestinaux ; lorsque la proportion dépasse 30 ou 40, les troubles cliniques sont toujours accusés ; M. Brulé, suivant sa méthode d'examen des selles trois jours de suite, écrit que si « une seule selle contient des parasites et seulement en petites quantités on pourra conclure que l'infes-

tation est légère et que son rôle pathogène reste douteux. »

Cependant M. Brulé pense que si l'abondance des parasites dans les selles est un facteur important, il ne saurait à lui seul expliquer toute la pathologie des parasitoses intestinales ; en effet, tel sujet présente des troubles marqués pour une parasitose légère, alors que tel autre sujet supportera facilement une infestation importante.

2^o Il est un second point sur lequel a longuement insisté M. Brulé : l'épreuve du traitement. Si par une thérapeutique appropriée (huile de chénopode, arsenic), un malade est débarrassé de ses parasites et qu'en même temps les troubles cliniques disparaissent « on peut affirmer que les parasites étaient la cause principale des accidents observés. »

Mais encore pour pouvoir affirmer cette relation de cause à effet, faut-il pouvoir suivre longtemps le malade, ce qui est difficile avec une clientèle hospitalière. Aussi, nous ne rapporterons ici que les chiffres de la clientèle privée de M. Brulé. Nous les étudierons au chapitre suivant.

CHAPITRE VII

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

D'emblée, nous pouvons dire qu'en France les colopathies à trichocéphales et à lamblias ne sont jamais graves. Il n'en est pas de même en Cochinchine, en Egypte et aux Dardanelles, en Syrie où les travaux de NOC, WOODCOCK et PENFOLD, CHANTRIOT ont montré que ces parasitoses pouvaient avoir la même gravité que les amibiases dysentériques.

Parasitoses à trichocéphales. — Chez 60 malades dont M. BRULÉ a pu suivre l'évolution après traitement anthelminthique, 41 ont été pratiquement guéris, 19 n'ont été que peu ou pas améliorés ; on note que chez 3 de ces 19 malades les œufs de trichocéphales ont persisté dans les selles, en abondance malgré le traitement. Donc, sur 100 malades, atteints d'une colopathies à trichocéphales 66 % ont été très améliorés par le traitement et 33 % non améliorés.

Parasitoses à Lamblias. — Chez 19 malades dont M. BRULÉ a pu suivre l'évolution après traitement anthelminthique, 15 ont été pratiquement

guéris, 2 ont vu leurs troubles persister malgré la disparition des lamblías, 2 n'ont pas pu être suffisamment traités par suite d'une extrême intolérance aux arsenicaux. Donc, sur 100 malades atteint d'une colopathie à lamblías, 90 % ont été extrêmement améliorés par le traitement.

Pourquoi le traitement échoue-t-il dans certains cas.
— La statistique précédente de M. BRULÉ montre que le traitement échoue dans certains cas. Quelles peuvent en être les causes ?

Il faut tout d'abord penser que la colopathie pouvait ne pas être due aux trichocéphales ou aux lamblías malgré la présence de ces parasites dans les selles. En effet, quelle que soit la cause d'une colopathie, nerveuse, microbienne ou parasitaire, le tableau clinique en est le même.

Mais surtout il faut remarquer avec M. Brulé que la plupart des sujets réfractaires au traitement sont des nerveux, dont le colon réagit à l'extrême pour une excitation minime. C'est alors dans ces cas que l'on peut se demander si la colopathie est secondaire à la parasitose ou au contraire si elle n'est pas primitive, la parasitose ne jouant qu'un rôle très accessoire dans son extériorisation clinique. — C'est chez de tels malades que le pronostic devra être réservé ; sur le vu d'une réponse du laboratoire il ne faudra pas d'emblée leur promettre la guérison.

CONCLUSIONS

I. — Il est d'une importance extrême de pouvoir reconnaître les colopathies à Trichocéphales et à Lamblias, car, le diagnostic étant fait, on peut le plus souvent par un traitement simple amener la disparition assez rapide de troubles qui persistaient souvent depuis de nombreuses années.

II. — La première étape du diagnostic, et souvent la plus difficile, est de reconnaître que les troubles présentés par le malade sont bien d'origine intestinale. Il ne faut pas croire en effet que la symptomatologie est toujours constituée de troubles de l'évacuation intestinale ou de douleurs abdominales. Très souvent, et surtout chez les sujets nerveux, on se trouve en présence seulement de réactions à distance, liées par exemple à l'aérocolie, et donnant les troubles les plus variés, sans que le malade attire l'attention sur des troubles intestinaux qui d'ailleurs manquent souvent. C'est pourquoi il importe de souligner avant tout le polymorphisme des colopathies à Trichocéphales et à Lamblias.

III. — Le diagnostic de colopathie étant posé, l'examen microscopique des selles s'imposera dans tous les cas, et devra être répété plusieurs jours, permettant ainsi d'affirmer l'existence d'une colopathie parasitaire, et la nature du parasite en cause d'où découle le traitement.

IV. — Les Trichocéphales et les Lamblias sont rencontrés fréquemment chez les sujets normaux. Il existe de véritables porteurs de parasites, dont la colopathie n'est pas exclusivement d'origine parasitaire. Trichocéphales et Lamblias ont cependant un rôle pathogène indéniable. Mais pour que des troubles objectifs et subjectifs puissent être sûrement rattachés à leur présence, il faut :

1^o que ces parasites soient en assez grand nombre.

2^o que les symptômes qu'ils engendrent disparaissent avec le traitement antiparasitaire.

V. — Le nombre des observations que nous rapportons est en accord avec les statistiques antérieures, en montrant que dans une Consultation de Tube digestif de Paris, les parasitoses à Trichocéphales sont deux fois plus fréquentes que celles à Lamblias (38 observations de trichocéphalose, 16 observations de lambliaose).

VI. — Dans la majorité des cas, le traitement anthelminthique donne d'excellents résultats, mais doit être longtemps prolongé. Nous n'avons pas

observé en France d'infestations graves, mais l'atteinte de l'état général peut être assez sérieuse, et des troubles très variés et très gênants peuvent être observés dont le traitement amène la rétrocession.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY

VU :

Le Président de la Thèse,

LEMIERRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHELÉMY. — Essai de coprologie microscopique, Paris, 1917, Vigot édit.
- BIDEGARAY. — Étude statistique et critique du parasitisme intestinal. Thèse, Paris, 1927.
- BIDEGARAY. — Nouvelle coloration pour l'examen microscopique des selles. *Ann. de Paris*, 1926, p. 385.
- BILLIET. — Thèse de Lyon, 1926-1927.
- BOECK et DRBOHLAV. — *Amer. Journ. of Hygiène*, V, 1925.
- BOECK. — Gardiassisis in man. Its prevalence and relation to diarrhea and to gallbladder disease, *Arch. of Int. Med.*, 1927, p. 135-158.
- BRULÉ (M.). — *Presse Médicale*, 1924, n° 91.
- BRULÉ (M.). — *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1931, p. 960.
- BRULÉ (M.). — Le polymorphisme des colopathies à Trichocéphales et à Lamblias, in Problèmes actuels de Pathologie médicale, *Cours complémentaire de la Faculté de Médecine*, 3^e Série, Masson et C^{ie}, Paris, 1934.
- BRUMPT. — *Précis de Parasitologie*, 1927, Paris, Masson, édit.
- CADE et HOLLANDE. — L'entérite à giardia intestinalis, *Arch. Mal. appar. Digest.*, 1919, p. 193.
- CAIN (A.). — Cholécystite et lamblia, *Arch. Mal. Appar. Digest.*, 1929, p. 316.
- CARLES (J.) et BARTHÉLÉMY (E.). — Les procédés d'enrichissement des selles en coprologie, *Jour. de Méd. de Bordeaux*, sept. 1917.
- CARLES (J.). — Les entérites à lamblia, *Jour. de Méd. de Bordeaux*, 1919, p. 187.
- CARNOT et GAELINGER. — Lamblia vésiculaire et duodénale, *Paris Médical*, 15 mai 1926.
- CARNOT, LIBERT et GAELINGER. — La giardose vésiculaire, *Paris Médical*, 16 mai 1925, p. 547.

- CARRIÈRE et HURIEZ. — *Gazette Méd. des Hôp.*, 1932, n° 65 et 67.
- CASTEX et GALAN. — La giardasie de la vias biliaire, *Arch. Argent. Expér. Appar. Digest.*, octobre 1925.
- CASTEX et GALAN. — La giardose duodénale, *Arch. Mal. Appar. digest. et Nutrit.*, 1926, p. 635.
- CHABE. — *Soc. de Méd. et Chirurg. de Bordeaux*, 15 juin 1933.
- CHAUTRIOT. — *Arch. Mal. Appar. Digest.*, 1931, p. 578. Le problème de la thérapeutique de la lamblia.
- CHIRAY et LEBON. — A propos de la lamblia vésiculaire, *B. et M. Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 30 oct. 1925.
- DALSACE (J.). — A propos de la lamblia. Importance de l'étude clinique, *Arch. Mal. Appar. Digest.*, 1931, p. 116.
- DEGLAS. — Troubles intestinaux chroniques par présence de parasites autres que l'amibe dysentérique.
- DESCHIENS. — Les entérites à gardia, Thèse, Paris, 1921.
- DESCHIENS. — Le rôle pathogène de giardia intestinalis, *Arch. de Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrit.*, 1923, p. 136.
- DESCHIENS. — Sur l'habitat et la répartition des gardia chez les porteurs sains et les porteurs malades.
- DESCHIENS. — Variations tinctoriales et morphologie du giardia intestinalis, *Bull. Soc. Pathol. Exotique*, 1923, XVI, p. 323.
- DESCHIENS. — Comment dépister les infections parasitaires du tube digestif, *Presse Médicale*, 1^{er} janv. 1927.
- DESCHIENS. — Recherches sur l'infection des voies biliaires par les lamblia, *Arch. Mal. appar. Digest.*, 1930, XX, p. 951.
- DEVESA. — *Arch. Medicina Cirurg. Especialide*, oct. 1924, p. 259.
- FAIRISE et JACQUOT. — Colite ulcéreuse due à un parasite flagellé, le lamblia intestinalis, *Arch. Mal. Appa. Digest.*, 1913, p. 301.
- FANTHAM and PORTER. — The pathogenicity of giardia intestinalis to men and to expérimental animal, *British Med. Journ.*, II, 1916, p. 139.
- GAULTIER. — *Arch. Mal. Appar. Digest.*, 1926, p. 1070.
- GAULTIER. — *Précis de coprologie clinique*, Paris, 1914, Masson édit.
- COIFFON et ROUX (J.-C.). — *Arch. Mal. de l'Appar. Digest.*, 1918, p. 60.

- GOIFFON. — Parasites intestinaux et laboratoire, *Journ. Médic. Franc.*, sept. 1924.
- GUIART. — *Précis de parasitologie*, Paris, 1922, Baillière, édit.
- GUIART, GARIN et LÉGER. — *Précis de Médecine coloniale*, Paris, 1929, Baillière, édit.
- HALL (M.-C.). — A comparative study of method of examining faeces for évidence of parasitism, *Journ. of Medec.*, 1911, XIV, p. 169.
- HENMEYER (J. C.). — Clinical note on intestinal infection with giardia duo lenalis, *Trans. Amer. gastro-entérological Assoc.*, 1920.
- HOLLANDER (E.). — Giardia intestinalis infection, *Arch. of Intern. Med.*, XXXII, 1923, p. 522-29.
- HOROWITZ, SAUTET et TERIAL. — Remarques sur le rôle pathogène de quelques protozoaires parasites intestinaux de l'homme, *Arch. Mal. Appar. Digest.*, 1930, XX, p. 582-99.
- JOYEUX. — *Précis de Médecine coloniale*, 1927.
- JUILLET, GALAVIELLE et BOUSQUET. — Recherches sur la faune parasitaire de l'homme à Montpellier et dans les environs, *Bull. Soc. Pharmacol.*, XXIV, p. 425.
- KANTOR. — Lambliia infection associated with cholécystis.
- KINZBLUM. — Cholécystite à lambliia, Thèse de Paris, 1930.
- LABBÉ et NEPVEUX. — Le séjour du lambliia intestinalis dans la vésicule biliaire, *Soc. de Gastro-entérologie*, 8 juin 1925 ; *Arch. des Mal. App. Dig. et de la nutrition*, 1925, XV, n° 6.
- LABBÉ, NEPVEUX et GRAVIL. — La lambliaose vésiculaire, *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 nov. 1925.
- LABBÉ, NEPVEUX et MILITA. — Les parasites intestinaux dans la pathogénie du tube digestif, *Arch. des Mal. App. Digest. et de la Nutrition*, avril 1931, p. 401.
- LANGERON, ROUDEAU DU NOYER. — Coprologie microscopique, Paris, 1926, Masson, édit.
- LENOIR et DESCHIENS. — Étude statistique concernant des infections parasitaires du tube digestif à Paris, *Arch. Mal. App. digestif et nutrition*, 1924, XIV, n° 4.
- LYON et SWALM. — Giardiasis its frequency recognitions, treatment and certain clinical factors, *Amer. Journ. of Med. Scienc.*, CLXX, 1925, p. 348-64.

- MAC GILL. — Giardiasis, *Journ. Amer. Assoc.*, LXXVIII, p. 179-180.
- MACKI. — Indian Med., *Gaz. Mac.*, 1922.
- MOREL. — Thèse de Paris, 1929.
- MORENAS. — Quelques données pratiques sur la lambliaose, *Lyon Méd.*, 1925, p. 277-83 et 305-311.
- MORENAS. — La giardiose des voies biliaires, *Ann. de Parasitol.*, VIII, n° 2, p. 201-214.
- NEVEU-LEMAIRE. — *Précis de Parasitologie*, 1921, édit. La. mane.
- NOC. — *Bull. Soc. Pathol. exotique*, 1909, p. 93.
- POUBLAN. — Contribution à l'étude du parasitisme intestinal dans la région parisienne, Thèse de Paris, 1926.
- PRINGAULT. — Le parasitisme intestinal dans la région marseillaise, *Bull. Soc. Pathol. exotique*, 1921, XIV, p. 151.
- ROBIN. — Recherches personnelles sur le parasitisme intestinal dans la région de Bordeaux, Thèse de Bordeaux, 1925.
- ROQUES, MORENAS et DELORE. — Dysenterie à lamblia, *Lyon Médical*, 26 juillet 1925.
- SAUTET et TERRIAL. — Quelques remarques sur la cytologie des selles, *Rev. de Méd. et Hygiène Tropical*, 1930, XXII, n° 6, p. 257-260.
- SIGALAS et PIROT. — Un nouveau procédé d'enrichissement des selles en coprologie, *C. R. Soc. de Biol.*, XC, 11 mars p. 755.
- TERRIAL. — La recherche et le diagnostic parasitologique des protozoaires intestinaux, Thèse, Paris, 1931.
- URAONDO. — Le problème étiologique des colites ulcéreuses chroniques, *Arch. Mal. Appar. Digest.*, XVIII, 1928, p. 1081-1114.
- ZOTTA. — Faune helminthologique humaine en Roumanie. Helminthes rares ou nouveaux en parasitologie roumaine, *Soc. Roumaine de Biologie*, 15 mars et avril 1928.

